

| | |
|---|---|
|  MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | 261. INFORME MENSUAL DE GESTION PROGRAMA DE URGENCIA SAR CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |
|---|---|

| | |
|--|---------------------------------------|
| Establecimiento | SAR CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre | Camila Daniela Loreto Escobar Barriga |
| Profesión | MEDICO |
| Horas trabajadas | 39 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Período de informe (mes) | Febrero ✓ |

| | |
|--------------|---------------|
| MONTO BOLETA | \$790.877.- ✓ |
|--------------|---------------|


| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| Febrero 2024 | 21-01-2024 | 20-02-2024 |

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA |
|----|--|
| 1 | Atención médica oportuna y eficiente. |
| 2 | Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia. |
| 3 | Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan. |
| 4 | Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos. |
| 5 | Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada. |
| 6 | Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido. |
| 7 | Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda. |
| 8 | Extender certificado de defunción cuando corresponda. |
| 9 | Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GFS. |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud

| |
|--|
| Justificación (rellenar en caso de cobro atrasado, meses anteriores, si no poner no aplica) NO APLICA _____ |
|--|

| | |
|---|-----------------------------|
| Timbre y Firma Director CESEAM  | Timbre y F |
| Nombre: | Nombre: Camila Da |